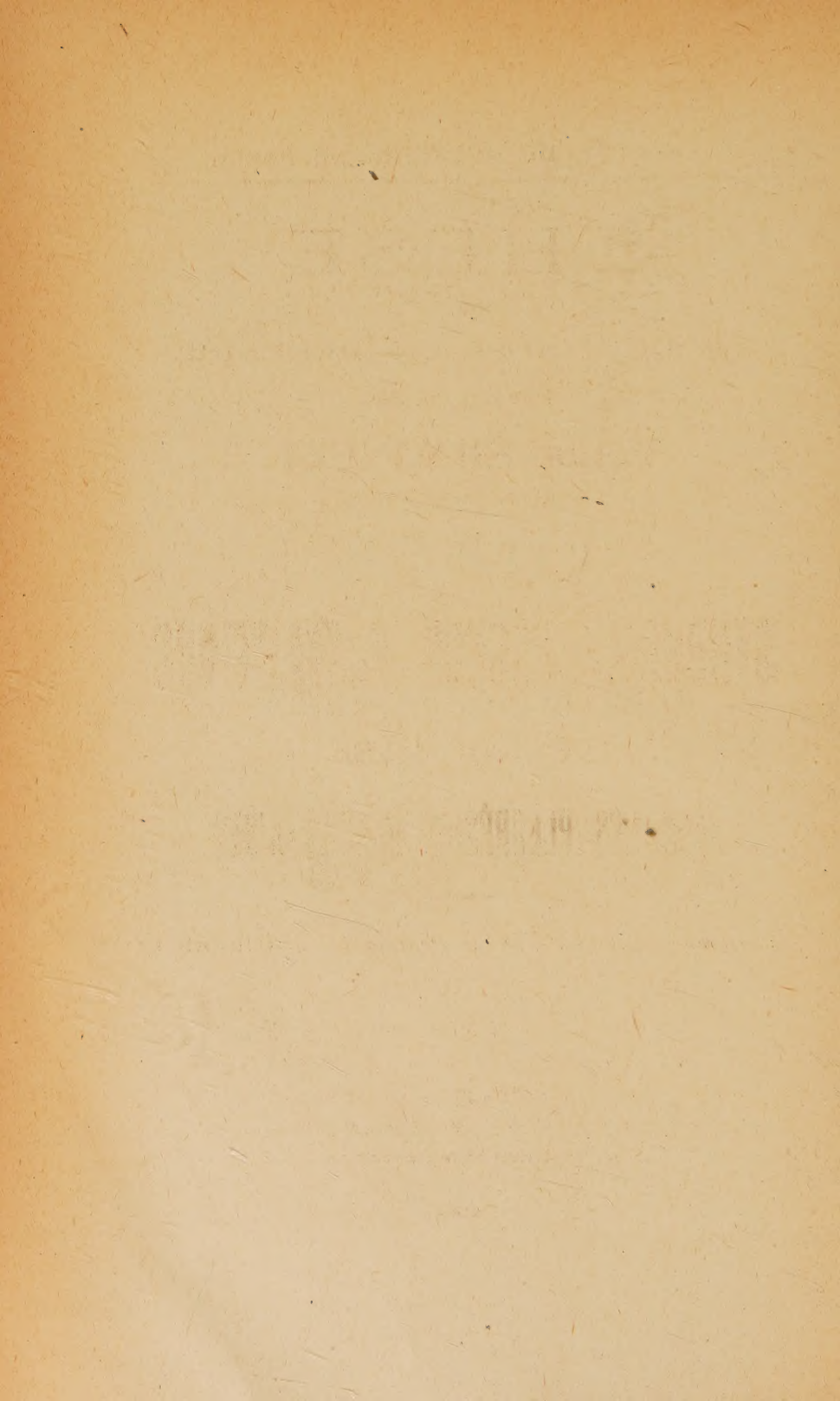


THÈSE
POUR
LE DOCTORAT



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée par

Louis ÉPAGNEUL

Externe des Hôpitaux de Paris

SYNDROME PSEUDO-PLEURÉTIQUE DE LA BASE

DANS LES PLEURÉSIES INTERLOBAIRES

Président de Thèse : M. le Professeur CHAUFFARD

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain, 91

—
1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS :

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	RENON.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.....	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique.....	Vaquez.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			
ABRAMI.	DESMAREST.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	FIESSINGER.	LE LORIER.	REITTERER.
BAUDOUIN.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RICHAUD.
BRANCA.	GRÉGOIRE.	LEREBoullet.	ROUSSY.
CAMUS.	GUENIOT.	LERI.	ROUVIÈRE.
CHAMPY.	GUILLAIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GUILLEMINOT.	MATHIEU.	TANON.
CHIRAY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	MULON.	VILLARET.
	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PERE
A MES PARENTS
A MA FEMME
A MON ONCLE, A MA TANTE
A MON FRERE

En témoignage de ma profonde affection

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

En témoignage de ma profonde gratitude

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

MÉDECIN DE SAINT-LOUIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

MÉDECIN DES ENFANTS-ASSISTÉS

A MES MAÎTRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
D'ANGERS

MONSIEUR LE PROFESSEUR THIBAUT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONPROFIT (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARTIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR TURLAY

AUX DOCTEURS BRODIN ET HUBER

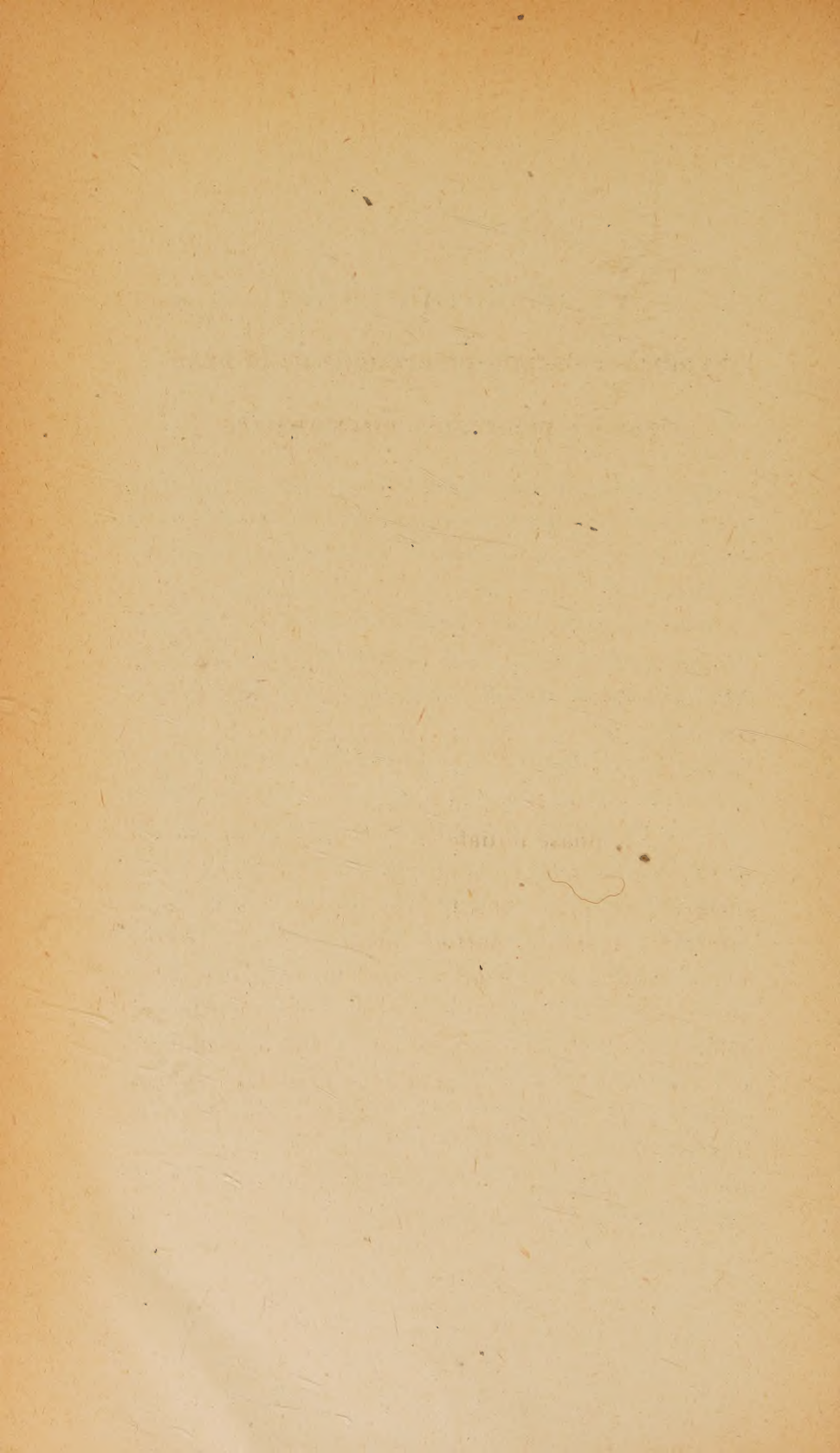
En reconnaissance de leur aide bienveillante

INTRODUCTION

Nous nous proposons seulement dans ce modeste travail de rapporter cinq observations de pleurésies interlobaires avec syndrome pseudo-pleurétique de la base.

Nous n'avons suivi personnellement que la quatrième observation. Nous devons à l'obligeance de MM. BRODIN et HUBER les quatre premières observations.

Ces observations nous paraissent intéressantes à plusieurs points de vue : d'abord elles indiquent quelles difficultés peuvent surgir quand il s'agit de faire le diagnostic d'épanchement interlobaire ; puis combien souvent le syndrome qui accompagne ces pleurésies est trompeur, puisqu'il peut simuler à s'y méprendre — cliniquement — une pleurésie de la base ; en outre, par quels procédés — radiologie, ponctions exploratives, — on peut arriver à établir un diagnostic de certitude ; enfin, de ces observations ressort assez nettement la conduite à tenir lors d'épanchements interlobaires puisque chez ces cinq malades, les procédés thérapeutiques les plus divers ont été employés.



Syndrome pseudo-pleurétique de la base dans les pleurésies interlobaires

DIEULAFOY, dans sa description remarquable des pleurésies interlobaires, leur assignait comme caractère essentiel l'existence de symptômes en foyer suspendu contrastant avec les signes localisés à la base des pleurésies de la grande cavité.

Après une phase initiale où la symptomatologie est surtout pulmonaire : submatité dans une région vaguement délimitée, râles sous-crépitaux, souffle sans caractères typiques, parfois aussi, quelques frottements erratiques, la pleurésie interlobaire entre dans sa période d'état et se caractérise par l'existence, quand l'épanchement est formé et assez abondant, « d'une zone mate suspendue entre des régions sonores » (DIEULAFOY). Cette matité suspendue est restée, depuis cette belle description un signe classique. C'est même pour DIEULAFOY, le seul signe qui ait réellement une valeur diagnostique. En effet, il ne

faut pas s'attendre à trouver dans l'épanchement interlobaire, les signes classiques des épanchements de la grande cavité. Dans l'épanchement de la grande cavité, le liquide pleural se trouve au contact de la paroi thoracique. Aussi les signes physiques qui résultent de cette proximité de l'oreille sont-ils portés au maximum.

Au contraire, dans l'épanchement pleurétique interlobaire, il y a toujours une portion de poumon qui sépare l'épanchement de la paroi. Aussi les signes en deviennent-ils « affaiblis, dénaturés et illusoires » (DIEULAFOY).

Dans ces conditions, on conçoit quelle difficulté il y a, d'abord à diagnostiquer l'épanchement interlobaire, et ensuite à lui assigner des limites très précises.

Divers facteurs, — outre la topographie des scissures, — peuvent contribuer à modifier la localisation des signes de l'épanchement interlobaire.

Il est classique de noter l'abaissement habituel des signes sous l'influence de la pesanteur, dès que les épanchements atteignent un certain volume — 150 à 200 grammes au moins — ; d'autre part les conditions de conductibilité des bruits sont telles que leur localisation par les procédés purement stéthoscopiques est en général rapportée à un niveau trop bas, tout au moins pour les foyers sous-hilaires.

La radiologie apporte ordinairement dans ces cas des données décisives qui permettent la localisation du foyer à l'interlobe. Elle montre l'existence d'une

ombre en écharpe, suspendue et dont l'aspect sombre, contrastant avec la clarté pulmonaire environnante, atteste le caractère liquidien.

Dans une leçon faite à la clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine, le 10 janvier 1914, notre maître, M. le Professeur CHAUFFARD, a attiré l'attention sur l'existence possible de symptômes physiques : matité, abolition des vibrations et du murmure vésiculaire, simulant un épanchement de la grande cavité dans les pleurésies interlobaires. Ce syndrome, qu'il a désigné du nom de *syndrome pseudo-pleurétique de la base* peut être à tel point complet que ni l'examen clinique, ni la ponction exploratrice, ni même la radiologie ne peuvent permettre d'affirmer le diagnostic de pleurésie interlobaire.

Aux deux observations qui ont fait l'objet de l'étude de M. CHAUFFARD, MM. GUY LAROCHE, BRODIN et HUBER en joignirent une troisième, qui parut dans les *Annales de Médecine* de Juin 1914, (t. I, n° 6), puis en 1919 une quatrième observation prise par le Docteur BRODIN, non moins typique que les trois précédentes, fit l'objet d'une leçon magistrale de M. le Professeur CHAUFFARD, leçon qui fut publiée au mois de septembre 1921, dans la Revue Espagnole : *Los Progressos de la Clinica*.

Enfin, dans la littérature médicale, on trouve dans la thèse de MILLET (Paris 1890) une observation de pleurésie interlobaire tout à fait semblable aux observations dont nous venons de parler.

On voit par là que de tels faits ne doivent pas être

rares. L'intérêt qui s'y rattache n'est pas purement théorique, car le diagnostic de pleurésie interlobaire doit être porté d'une façon aussi précoce que possible. Il comporte en effet très souvent une sanction chirurgicale dont l'issue sera d'autant plus favorable que l'intervention aura été tentée plus tôt.

Nous rapporterons ici ces cinq observations résumées :

OBSERVATION I

Prise par MM. GUY LAROCHE et HUBER

M. C. G..., 74 ans sans antécédents pathologiques particuliers est pris, assez brusquement, en décembre 1911, de toux, oppression, fièvre et légère expectoration émico-purulente attribuables à un catarrhe des premières voies. Après une amélioration passagère, il doit à nouveau s'aliter. La toux est légère, la fièvre peu élevée, aux environs de 38°, mais l'adynamie est marquée avec tendance à la somnolence. On pense à un état d'urémie chronique apparue à l'occasion d'une infection grippale chez un malade artério-scléreux, bien que l'albumine soit en quantité très minime et que le taux peu élevé de l'urée soit en rapport avec la faible quantité des ingesta.

Cet état rétrocede d'ailleurs peu à peu, mais dès le début de février 1912 réapparaît l'expectoration. Elle est alors franchement purulente, bien liée, abondante (un crachoir par jour environ) mais ne se présente jamais sous forme de vomique massive. La fièvre prend un type oscillant avec accès vespéraux, les sueurs sont abondantes, l'amaigrissement marqué. L'examen physique ne montre ni matité, ni submatité anormales à la percussion. L'auscultation fait entendre quelques ronchus et

sibilances disséminés ; mais en outre on note, dans la partie moyenne du poumon gauche, une zone, normale à la percussion, où le murmure vésiculaire est très diminué, les vibrations restant normales.

Dans les crachats : pneumocoque à l'état de pureté presque absolue, absence constante de bacille de Koch.

L'état général s'affaiblit progressivement, le malade n'est revu que le 26 février 1912. On lui trouve dans la moitié inférieure du poumon gauche une matité dont le niveau supérieur s'abaisse légèrement d'arrière en avant et qui descend jusqu'à la base. Dans toute cette zone, les vibrations thoraciques sont abolies, le murmure vésiculaire est disparu ; on entend dans la région de l'aisselle un souffle expiratoire, doux, voilé, de timbre pleurétique, qui répond à la limite supérieure de la matité.



Fig. 1

— Radiographie. Pleurésie interlobaire gauche. Le lobe inférieur est réduit à une mince lamelle claire dans le sirus costo-diaphragmatique.

N. B. : Les figures ont été empruntées aux *Annales Médicales* (Juin 1914), et prêtées par la Librairie Masson.

Pensant alors à une pleurésie de la grande cavité, on explore le thorax avec une longue aiguille ; à la base

d'abord, vers le 9^e espace, plus bas ensuite au niveau du sinus costo-diaphragmatique (10^e espace environ), et on ne retire pas trace de liquide. Une troisième ponction est faite au niveau du 6^e espace ; l'aiguille ayant été encore profondément enfoncée, on retire du pus bien lié, sans odeur, rappelant l'expectoration, la provenance paraît être interlobaire et se rattacher à l'existence du foyer profond et suspendu soupçonné antérieurement. L'examen de ce pus montre des polynucléaires altérés et des pneumocoques mal colorables.

La radioscopie enfin et la radiographie (fig. I) viennent confirmer le diagnostic en montrant le foyer suspendu développé en forme de coin interposé aux lobes du poumon gauche. Le lobe inférieur comprimé étant atelectasié, réduit à une lamelle de minime épaisseur refoulée dans le sinus costo-diaphragmatique qui apparaît clair à l'inverse de ce qu'on voit dans les pleurésies de grande cavité.

Les constatations opératoires vinrent à l'appui des données précédentes : Sous anesthésie locale, après résection costale, la plèvre fut explorée puis incisée et drainée. L'intervention très bien supportée amena un soulagement passager, mais la cachexie progressa, des signes de polynévrite vinrent s'y ajouter et la mort survint le 26 avril 1912.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le professeur CHAUFFARD)

M^{me} H..., 34 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 8 décembre 1912 après une vomique fétide.

Malade depuis le 15 novembre, elle a commencé à souffrir brusquement d'un point de côté apparu sous l'aisselle droite accompagnée d'expectoration mousseuse,

non purulente, et de malaise général. Cet état persiste jusqu'au 7 décembre, elle se croit atteinte d'une simple grippe lorsque le soir, au 22^e jour de la maladie par conséquent, le point de côté devient très douloureux, elle tousse et rejette un liquide purulent dont la quantité, dit-elle, atteint un demi-verre, mais dont le rejet se prolonge jusqu'au lendemain, jour de son entrée. Avant la vomique elle n'accuse ni fétidité de l'haleine, ni hémoptysie.

A l'examen on note, dans toute la partie inférieure du poumon droit, de la matité avec abolition des vibrations vocales et silence respiratoire. A la partie moyenne et supérieure, on entend de gros râles humides prenant parfois le timbre métallique, la respiration est soufflante à ce niveau.

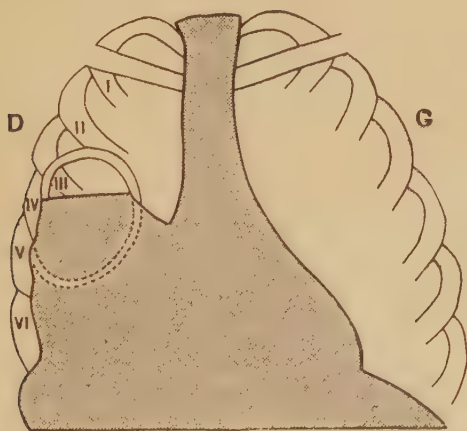


Fig. 2

Examen radiographique du 9 décembre 1913. Obscurité complète à la base droite. Au niveau de la 4^e côte, poche à demi remplie de liquide.

Ces symptômes, peu marqués en avant et en arrière, s'entendent surtout dans l'aisselle.

Une ponction exploratrice faite à la hauteur du 8^e

espace intercostal ne ramène que quelques gouttes de sang.

L'examen des divers appareils révèle seulement un léger état saburral du tube digestif.

La température centrale est de 41° à l'entrée, elle tombe le lendemain matin aux environs de $37^{\circ}3$.

L'examen radioscopique, le 9 décembre, montre une obscurité très prononcée correspondant à la matité et à l'obscurité respiratoire. Au-dessus existe une zone claire arrondie, donnant l'impression d'une excavation et contenant à sa partie déclive un liquide qui suit les mouvements imprimés à la malade.

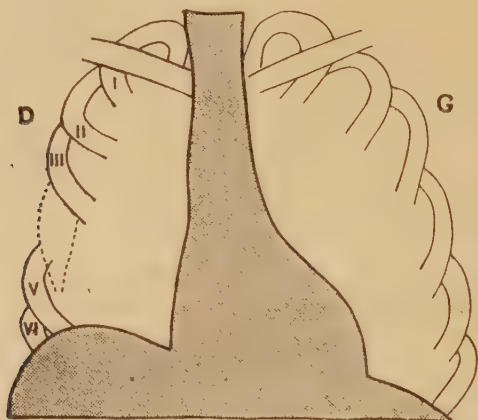


Fig. 3

Examen radiographique du 5 janvier 1913. Le poumon droit a retrouvé toute sa clarté sauf au niveau de l'espace compris entre la 3^e et la 5^e côte. Le diaphragme droit est immobile. La 4^e côte a été réséquée au cours de l'intervention chirurgicale.

Le niveau supérieur de ce liquide atteint le 4^e espace et la poche qui le contient est très externe, rapprochée de la paroi. Cette image est aussi nette en arrière qu'en vue antérieure (fig. 2).

Le jour même, on décide d'intervenir. Après résection

de la quatrième côte près de l'aisselle, on trouve immédiatement la poche purulente vue à l'écran ; elle contient un demi-verre d'un pus café au lait, d'odeur extrêmement fétide. La guérison se poursuit sans incident, et, le 3 janvier, un nouvel examen aux rayons X montre que l'obscurité de la base a disparu et que seule persiste une zone opaque allant du quatrième au sixième espace intercostal (fig. 3).

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Professeur CHAUFFARD).

M. B..., 43 ans, ingénieur, entre à l'Hôpital Saint-Antoine le 22 décembre 1913, avec le diagnostic de vomique consécutive à une pleurésie purulente.

Il a toujours été bien portant jusqu'au début de la maladie actuelle qui remonte à plus d'un mois. Le 20 décembre, s'étant embarqué au Havre pour faire des expériences, il fut mouillé par des lames et pris de frissonnements. Le lendemain, il ressent subitement un point de côté gauche diffus et très pénible accompagné d'une dyspnée très pénible. Ces phénomènes s'atténuèrent, laissant un endolorissement de tout le côté gauche. Un médecin appelé, porta le diagnostic de congestion du poumon gauche, puis nota l'apparition, le lendemain, de signes de pleurite sèche (frottements). Il se développa ensuite un foyer de submatité avec souffle faisant penser à un épanchement d'abondance moyenne, sans déplacement du cœur, sans disparition de la sonorité de l'espace de TRAUBE. Le malade était très abattu, l'anorexie était complète. Le régime lacté lui-même était mal supporté et le malade présentait des vomissements et de la diarrhée. La fièvre restait élevée, sans oscillations.

Le 21 décembre, c'est-à-dire au vingt-septième jour,

le malade eut une sensation de « mauvaise bouche », l'haleine devint fétide, et sans quinte de toux, il expectora de gros crachats purulents, nombreux, de couleur café au lait clair et en 20 heures on en évalua la quantité à un litre environ. L'odeur en était très fétide et perçue par le malade et son entourage.

Plusieurs ponctions exploratives à divers niveaux, pratiquées par son médecin, ne retirèrent rien. C'est alors que le malade entre dans le service. On lui trouve de la matité à la base gauche, un souffle amphorique profond siégeant à la partie moyenne. La dyspnée est très vive, le teint est très terreux, les yeux cernés, la langue sale. La douleur du côté gauche est très vive, l'haleine est fétide mais ne donne pas l'idée de gangrène, à quoi font penser l'intensité du point de côté et les signes généraux.

La toux est fréquente, par quintes. L'expectoration fétide est abondante et continuelle, sans prédominance de vomiques matinales. L'examen montre que ces crachats sont homogènes et ne se sédimentent pas en plusieurs couches : on n'y trouve plus ni pneumocoques, ni bacilles de Kock, pas de fibres élastiques par l'orcéine, mais de nombreux polynucléaires assez bien conservés et des formes microbiennes diverses.

Le pouls est fréquent et petit, les urines peu abondantes, sans albumine.

L'examen physique montre à gauche une matité remontant à 3 ou 4 travers de doigt sous la clavicule, l'espace de TRAUBE est mat et la respiration est soufflante. En arrière, une matité hydrique depuis la base jusqu'à la hauteur de la fosse sous-épineuse ; à l'auscultation un souffle à timbre amphorique occupant la partie moyenne de l'hémithorax gauche et des râles sous-crépitaants. Enfin au même niveau, dans une région suspendue, on trouve par la succussion un bruit de flot.

Le cœur n'est pas refoulé et bat normalement. L'exa-

men aux rayons X ne montre qu'une opacité absolue, occupant toute la base gauche, y compris le sinus costo-diaphragmatique, et remontant jusqu'à la limite supérieure de la matité.

La recherche de la succussion rendue visible à l'écran reste négative et les mouvements du malade sont sans influence sur la limite supérieure de l'obscurité pulmonaire gauche.

On tente alors une ponction exploratrice à un travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, l'aiguille pénètre après un ressaut et on retire à 5 centimètres de profondeur environ du pus fétide.

L'intervention chirurgicale démontre l'intégrité de la grande cavité pleurale ; après ouverture de l'interlobe on trouva une collection peu abondante qui fut drainée.

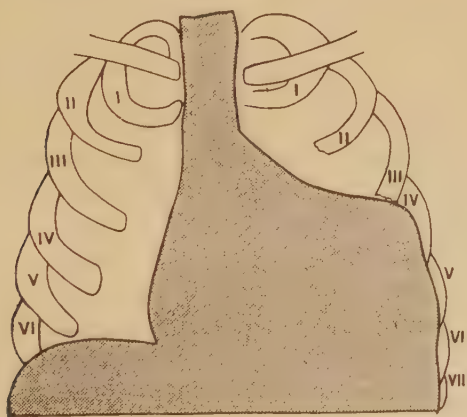


Fig. 4

Schéma radiologique. Ponction frontale antérieure. Pleurésie interlobaire simulant une pleurésie de la grande cavité.

Mais malgré l'opération, les signes de septicémie persistèrent et entraînèrent la mort du malade.

L'autopsie permit de s'assurer à nouveau que la gran-

de cavité pleurale était intacte. Le poumon gauche présentait des signes de broncho-pneumonie et de congestion diffuse. La plèvre interlobaire était épaisse. Le lobe inférieur du poumon gauche sous-jacent au foyer pleural était aplati, comme atelectasié surtout dans sa partie externe. L'examen d'un fragment prélevé à la base montra l'existence de lésions de splénisation et de congestion, avec œdème intra-alvéolaire, desquamation des cellules alvéolaires et envahissement par quelques cellules polynucléaires.

Les zones atelectasiées et splénisées étaient contiguës, et disposées sous forme de noyaux disséminés d'une façon très irrégulière.

OBSERVATION

Prise par M. le D^r BRODIN dans le service de M. le P^r CHAUFFARD

D... Lucien, 23 ans, employé de la Compagnie P.-L.-M., entre à Saint-Antoine le 29 décembre parce qu'il tousse depuis une quinzaine de jours et souffre d'un point de côté.

Né de parents encore vivants, il a deux frères et deux sœurs bien portants, il donne lui-même l'impression d'un sujet vigoureux. Dans ses antécédents, on relève seulement une bronchite qui serait apparue vers l'âge de 12 ans et aurait duré près de trois ans, sans cependant l'obliger à s'aliter.

Mobilisé en avril 1915 dans l'artillerie, il a été démobilisé en septembre 1919 et pendant toute la guerre n'a présenté qu'une scarlatine légère et une atteinte de grippe en 1918.

Le 1^{er} décembre, il entre au P.-L.-M. et vers le 15, contracte un fort rhume. Il n'y fait pas tout d'abord

attention, continue son service, mais est obligé de s'arrêter le 22. Malgré le repos, son état s'aggrave, la toux devient plus fréquente, il s'affaiblit, a de la fièvre, un point de côté apparaît, et le 29, il entre à l'hôpital.

La douleur dont il se plaint est diffuse, mal localisée ; la toux est fréquente et sèche, l'expectoration purulente, mais peu abondante. A l'auscultation on entend seulement quelques râles de bronchite disséminés prédominant à gauche, en particulier dans les deux tiers inférieurs, il n'existe pas d'albumine dans les urines et l'examen des autres appareils ne révèle rien de particulier.

Les signes locaux sont donc bien légers et cependant l'état général paraît dès ce moment profondément atteint. La température est de 39,5. Le pouls bat à 96, la respiration est rapide, le teint plombé et les traits altérés.

Le lendemain et le surlendemain, la température atteint 40,8 le soir, une forte rémission matinale puis, brusquement, dans la nuit du 31 au 1^{er}, le malade, dans une quinte de toux, expectore environ un crachoir, soit 200 grammes d'un liquide épais, adhérent, franchement purulent.

On pourrait s'attendre après une pareille vomique à trouver des signes nets de pleurésie interlobaire et cependant, il n'en est rien.

L'auscultation n'a pas changé, il n'existe toujours que des râles de bronchite et quelques gros sous crépitants rares, inconstants et disséminés dans les deux tiers inférieurs.

Seule la percussion révèle en arrière, au niveau de l'épine de l'omoplate, l'existence d'une zone submate s'étendant sur environ trois travers de doigt.

La température est moins élevée les jours suivants, mais oscille cependant autour de 39 ; l'expectoration persiste aussi abondante, aux environs de 200 gr. par

24 heures. L'examen radioscopique pratiqué le 5 janvier montre à la partie moyenne du poumon une zone grisâtre, mal délimitée, avec image lacunaire. La base est un peu plus grise que normalement.

On commence alors une série d'injections intratrachéales de 10 cmc. d'huile goménolée.

Les signes locaux se modifient légèrement. A la matité primitivement suspendue, s'ajoute à la base une matité franche avec obscurité respiratoire.

Aucune amélioration notable ne se produit, l'expectoration reste aussi abondante, elle devient même légèrement fétide. L'examen au microscope montre qu'elle renferme de nombreux germes, sans qu'aucun paraisse prédominer.

Devant la fétidité de plus en plus grande de l'expectoration, on tente un traitement par le sérum antigangréneux. Le 8 janvier, le malade reçoit une injection intraveineuse de 20 cmc. de sérum antiperfringens dilué dans 180 cmc. de sérum artificiel et le lendemain 9 janvier, une injection sous-cutanée de 20 cmc. de sérum antiœdématisiens.

Ces deux injections n'amènent aucun changement : l'expectoration est toujours aussi abondante : la température toujours aussi élevée : le malade s'affaiblit.

Les signes locaux se sont beaucoup modifiés : la matité de la base s'est étendue, elle rejoint maintenant la matité primitivement suspendue et les deux tiers inférieurs du poumon sont franchement mats. Dans toute cette zone, la respiration est très diminuée et les vibrations abolies. L'ensemble simule à tel point un épanchement qu'une ponction exploratrice est pratiquée. Elle est entièrement négative. Le lendemain, un souffle apparaît dans toute l'étendue de la zone mate. Un nouvel examen radioscopique est pratiqué. Il montre une obscurité complète des deux tiers inférieurs du poumon.

Toute localisation d'une collection est devenue complètement impossible. Devant la gravité de l'état du malade dont la température atteint 41,2, une opération est cependant décidée. Elle est pratiquée par M. LEJARS, sous chloroforme. Il n'existe aucun épanchement de la grande cavité. Le poumon est congestionné, mais non hépatisé. Un doigt introduit dans l'interlobe donne issue à environ 500 gr. de liquide séreux d'odeur fétide.

Dès le lendemain, la température tombe à 37°.

L'expectoration garde pendant quelque temps un certain degré de fétidité, qui indique la gravité des lésions. Mais peu à peu l'état général devient meilleur ; le malade sent ses forces revenir, et très lentement, l'écoulement de pus par la plaie diminue, pour se tarir enfin complètement.

OBSERVATION

Tirée de la thèse de MILLET (Paris 1890).

L'Emphysème gangréneux interlobaire

Une femme de 63 ans a été prise en pleine santé, il y a un mois, d'un point de côté droit avec frissons. Une vive dyspnée, des quintes de toux et une diarrhée abondante ont accompagné le début de la maladie. La situation ne s'améliorant pas, en dépit du traitement employé, elle entre dans le service de M. CHAUFFARD.

Cette femme est extrêmement dyspnéique : elle a eu 45 respirations par minute, la température du soir dépasse 39 degrés. A l'examen du thorax, on constate en arrière, du côté droit, une *matité dans les deux tiers inférieurs* avec abolition du murmure vésiculaire et souffle léger à l'expiration. On pense alors à un épanchement pleurétique de la grande cavité et cependant plusieurs ponctions pratiquées dans divers espaces intercostaux

restent sans résultat. On abandonne alors le diagnostic de pleurésie et on pense à une spléno-pneumonie.

Quelques jours plus tard, un souffle à timbre caverneux se localise à la partie moyenne du poumon droit ; on songe à une pleurésie interlobaire et on pratique dans cette région une ponction aspiratrice qui ramène 100 gr. de pus saurieux d'une horrible fétidité. Après plusieurs ponctions suivies d'injections de liquide antiseptique, la malade meurt et on trouve à l'autopsie une poche purulente occupant la scissure interlobaire.

Ces cinq observations sont caractérisées par l'existence d'un syndrome clinique de pleurésie de la base que masquait l'épanchement interlobaire.

Dans l'observation I, après une phase très passagère pendant laquelle on put constater une diminution du murmure vésiculaire dans une zone suspendue, apparurent à la base de la matité, de l'abolition du murmure vésiculaire avec diminution des vibrations thoraciques et même un souffle léger et voilé à la limite supérieure de la matité. Cet ensemble de signes imposait l'idée d'une pleurésie de la grande cavité. Deux ponctions exploratrices pratiquées à la base, à deux niveaux différents, ne purent déceler la moindre trace de liquide. Seule une troisième ponction tentée en un point correspondant à la limite supérieure de la matité, permit de retirer du liquide purulent. La radiographie vint confirmer le diagnostic, expliquant en même temps les signes pseudo-pleurétiques de la base. On voyait, en effet, une opacité centrale en écharpe se prolongeant jusqu'à la

base par une zone obscure ; seul le sinus costo-diaphragmatique clair témoignait de l'intégrité de la grande cavité pleurale.

La malade qui fait l'objet de l'observation II ne fut examinée qu'après la vomique. Chez elle aussi, les signes de pleurésie occupaient toute la région de la base, mais à la limite supérieure existaient des symptômes de pyopneumothorax suspendu, qui, joints à la notion de la vomique, imposaient le diagnostic. Une ponction pratiquée à la base resta sans résultats. La radioscopie montra l'existence d'une grande obscurité de toute la base du poumon, et à la hauteur du quatrième espace, une poche d'air surmontant une couche horizontale de liquide qui se déplaçait avec les mouvements du malade.

Suivant l'expression de M. CHAUFFARD, la pleurésie interlobaire, silencieuse à l'oreille, était ici bien visible à l'écran.

Le troisième cas s'oppose aux deux précédents. Là encore les signes physiques permettaient de croire à un épanchement abondant de la grande cavité pleurale tournant en avant avec matité de l'espace de TRAUBE. L'hypothèse d'une pleurésie interlobaire ne s'étayait que sur la vomique et sur l'existence d'un souffle à timbre amphorique profond qu'on percevait à la limite supérieure de la matité dans la région de l'aisselle.

La radiologie elle-même pouvait tromper ; elle montrait une obscurité massive, occupant en position frontale antérieure la moitié inférieure du thorax du

côté gauche, de même en arrière on ne voyait nulle part de poche gazeuse (fig. 4).

Une ponction exploratrice fut faite alors à un travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, elle ramena un liquide purulent et fétide. Le diagnostic de pleurésie putride de la grande cavité pleurale semblait donc s'imposer, mais la succussion suspendue et les commémoratifs de vomique devaient faire penser soit à une pleurésie interlobaire atypique, soit à une pleurésie de la grande cavité secondaire à l'effraction d'une poche interlobaire primitive.

L'intervention permit d'expliquer cette symptomatologie anormale, elle montra l'intégrité absolue de la grande cavité ; la poche interlobaire descendait assez bas et toute la base du poumon était dans un état de splénisation qui expliquait les signes stéthoscopiques et radiologiques.

Dans la quatrième observation, c'est d'abord un syndrome pulmonaire qui ouvre la scène : expectoration, râles de bronchite disséminés dans les deux tiers inférieurs ; mais à côté de signes locaux si légers, on trouve un état général vraiment grave, avec teint plombé, fièvre à 41°. La vomique apparue brusquement, pouvait faire penser à une pleurésie interlobaire, mais vraiment sur quels signes aurait-on pu baser un diagnostic certain ? D'autant que cette matité franche avec obscurité respiratoire de toute la base, semblait diriger plutôt le diagnostic vers un épanchement de la grande cavité. Et l'erreur de diagnostic était d'autant plus facile, que là encore la

radioscopie donnait une obscurité complète des deux tiers inférieurs du poumon. Ici aussi, la ponction exploratrice resta sans résultats, et ce n'est qu'au cours de l'intervention qu'on se rendit compte de la véritable lésion : un épanchement interlobaire, accompagné de congestion et d'hépatisation du lobe inférieur !

Quant à la cinquième observation, elle a la même signification que les quatre précédentes : elle nous montre d'emblée un syndrome complet d'épanchement pleurétique de la grande cavité mais bien entendu, la ponction exploratrice reste négative. Et ce n'est que tardivement, lorsque l'épanchement purulent s'est accompagné de productions gazeuses, qu'il est possible de faire le diagnostic de pleurésie interlobaire : diagnostic malheureusement trop tardif pour qu'une intervention chirurgicale puisse sauver la malade.

Ces observations nous permettent d'établir la possibilité d'un syndrome pseudo-pleurétique de la base dans les pleurésies interlobaires et de comprendre le mécanisme producteur de cette symptomatologie pseudo-pleurétique de la base. La masse interlobaire, exerçant par son propre poids une pression marquée sur le lobe pulmonaire sous-jacent, descend d'une part bien au-dessous du niveau normal de l'interlobe, et d'autre part provoque des lésions de congestion et de splénisation du tissu soumis à pareille pression.

L'examen histologique a montré, en effet, des lésions contiguës de congestion et de splénisation ac-

compagnées d'œdème intra-alvéolaire, avec desquamation des cellules alvéolaires et légère invasion de polynucléaires. C'est cette splénisation qui modifie nos images de radioscopie et les rend dans certains cas si trompeuses. En effet, dans deux cas sur quatre où la radioscopie ait été effectuée, la base était opaque, tout comme la zone d'épanchement. Dans la troisième observation même, il y avait opacité complète du sinus costo-diaphragmatique. On conçoit que dans de pareils cas, il soit impossible de se baser sur la radioscopie pour fixer des limites exactes à l'épanchement.

Si la radioscopie donc, assez souvent dans ces cas, ne peut nous empêcher de commettre quelque erreur de diagnostic, par contre, elle permet de suivre pas à pas, au stade de guérison, la rétrocession des lésions de splénisation. Peu à peu, la base redevient claire, et il ne reste plus alors qu'une zone opaque répondant à l'interlobe.

A côté de l'examen radioscopique, il est un autre mode d'investigation qu'on ne doit jamais négliger, c'est la ponction exploratrice en séries.

La ponction permet le diagnostic si elle montre qu'il n'existe pas de liquide à la base et si, au contraire, on peut en retirer au niveau de la région interlobaire (Obs. I). C'est grâce à la ponction que le diagnostic put être posé chez la malade de l'observation V.

Quelles sont donc les indications thérapeutiques qui découlent de ces observations ? Et d'abord, doit-on laisser la pleurésie interlobaire suivre son évolution vers la vomique ? La vomique constitue un processus médiocre de guérison. En effet, l'évolution favorable est bien aléatoire, quand on laisse à la nature le soin de vider l'interlobe, on conçoit facilement que l'évacuation du pus soit lente et incomplète ; en effet, elle ne saurait avoir lieu dans la zone déclive du foyer. Le pus, retenu par intermittences, maintient la fièvre. Les alternatives de rétention et d'évacuation sont accompagnées de poussées d'hyperthermie et de frissons, et le malade a bien peu de chances de guérison.

Cependant, une chose est établie : en certains cas, les vomiques peuvent amener la guérison, mais presque toujours une telle guérison n'est pas définitive, et comme l'a montré M. SERGENT il y a quelques années, il faut toujours s'attendre dans ces cas à des rechutes et à des accidents. La vomique doit donc être considérée comme un moyen de défense incertain, mal orienté, hâtant la guérison, mais n'offrant pas au médecin la sécurité désirable.

Avant d'aborder les indications thérapeutiques proprement dites, il est important d'établir si la pleurésie interlobaire est simplement purulente ou gangréneuse, parce que la ligne de conduite à suivre est différente dans les deux cas. Les éléments de certitude du diagnostic sont constitués par la vérification de

l'existence de fibres élastiques dans les crachats, ainsi que de petites lamelles de tissu pulmonaire nécrosé. L'examen bactériologique peut nous indiquer la richesse de la flore anaérobie. En pareil cas, le traitement à suivre peut s'inspirer des indications relatives à la gangrène pulmonaire : les indications anciennes, dont l'efficacité était douteuse consistaient en la désinfection des foyers avec des médicaments introduits par la bouche ou sous la peau : LANCEREAUX a employé l'hyposulfite de soude en potion, à dose de trois à quatre grammes par jour. Les balsamiques en injections sous-cutanées, eucalyptus, goménol, et de préférence les injections d'huile goménolée à 1/10 ou à 1/5 sont très bien supportées à la dose de cinq centimètres cubes par jour, et leur action désodorisante sur l'expectoration se joint, sans doute, à l'action antiseptique qu'elles ont sur le parenchyme pulmonaire.

Plus récemment, on proposa d'agir sur le poumon, non pas par une voie détournée, mais directement par la voie intra-trachéale. Après inspection au miroir, on introduit une sonde dans le larynx jusque dans la trachée, en évitant l'œsophage. Le patient doit être couché sur le côté malade. On injecte 10 à 15 cmc. d'huile goménolée, qui, en suivant la déclivité de la grosse bronche, pénètrent dans le poumon correspondant, atteignant ainsi le foyer même du poumon infecté. Ultérieurement, on a préconisé l'emploi du novarsénobenzol par voie intra-veineuse, pour agir sur la gangrène. Les résultats obtenus n'ont pas été

très nets. Enfin, on a proposé, dans le cas d'un foyer appréciable par l'auscultation de pénétrer avec une aiguille et d'injecter 1 à 3 cmc. de naphthol camphré : dans les gangrènes superficielles, bien localisées, on a obtenu des résultats très appréciables.

Pour les pleurésies interlobaires purulentes, les résultats obtenus avec ces méthodes sont plus douteux. Comme ces amas de pus, en réalité extra-pulmonaires, n'ont plus qu'un orifice étroit pour communiquer avec l'arbre bronchique, difficilement perméable aux médicaments, ces méthodes sont bien moins actives que pour les gangrènes pulmonaires.

Dans un de nos cas, l'huile goménolée, injectée à la fois sous la peau et dans les bronches, a donné des résultats peu clairs : la fièvre ne s'est pas montrée influencée, et quelques crachats seulement avaient perdu leur odeur fétide.

M. BRODIN avait cru devoir faire profiter le malade de la quatrième observation des bénéfices de la sérothérapie antigangréneuse que l'on applique ordinairement dans l'appendicite gangréneuse. Après une première injection sous-cutanée de 20 cmc. de sérum antiperfringens de WEINBERG, dilués dans 180 cmc. de sérum physiologique, le malade reçut par la même voie, le lendemain, 20 cmc. de sérum anti-œdématis. M. BRODIN avait ainsi mis en jeu deux des éléments les plus puissants sur le terrain gangréneux, et cependant il n'y eut aucune évolution favorable. Ceci nous

montre la nécessité d'une intervention chirurgicale pour éviter des accidents plus graves. L'opération effectuée doit-on faire des lavages de la plèvre ? Cette question suscite entre les chirurgiens les opinions les plus diverses.

Il y a une trentaine d'années, ces lavages étaient pratiqués dans tous les cas, pour provoquer l'évacuation du pus et des fausses membranes, et la désinfection du foyer. Mais l'irritation pleurale donne lieu parfois à de graves accidents nerveux, épileptiques ou hémiplegiques. Ces dernières années, il est passé dans les usages de revenir aux lavages avec des solutions hypochloritiques, comme dans la méthode de CARREL. L'action catalytique réalisée permet, comme dans les arthrites suppurées, d'obtenir la dissolution des exsudats fibrino-purulents ; mais on peut lui reprocher de retarder la cicatrisation et de favoriser la persistance des fistules pleurales.

La ligne de conduite à suivre doit nous être tracée par les circonstances elles-mêmes. En général, on doit essayer en principe les médications internes et palliatives. Mais le résultat en est toujours douteux, même lorsque ces médications sont instituées après les vomiques. Donc l'indication la plus constante, celle qui donne les meilleurs résultats, le plus de services, c'est l'intervention chirurgicale avec large ouverture et drainage. Même, après vomique, lorsque la fièvre et l'expectoration ne cessent pas, il faut pratiquer le plus rapidement possible l'intervention chi-

rurgicale. Après celle-ci, la guérison totale, comme chez les malades de la deuxième et de la quatrième observation, est très fréquente. Mais il ne faut pas perdre de vue le danger des septicémies d'origine pleurale, des accidents broncho-pulmonaires en relation avec la propagation du foyer d'infection, ni la faiblesse générale, la cachexie profonde qu'entraîne souvent pareille suppuration.



CONCLUSIONS

I. — Les épanchements interlobaires avec syndrome pseudo-pleurétique de la base ne sont pas d'un intérêt purement théorique, d'abord, parce qu'ils ne sont pas d'une extrême rareté, ensuite parce qu'il y a nécessité absolue à en faire le diagnostic le plus rapidement possible, pour pouvoir intervenir chirurgicalement en temps vraiment opportun.

II. — Leur diagnostic est difficile, et cependant il peut être fait si on étudie le malade avec méthode.

1° La vomique, la fétidité de l'haleine, les signes généraux souvent mettent sur la voie ;

2° La radiologie, dans 50 pour cent des cas nous renseigne d'une manière très exacte, en nous faisant voir une bande sombre — « en écharpe » — entre deux zones claires. Mais dans l'autre moitié des cas, elle nous induit plutôt en erreur, nous faisant croire à l'épanchement de la grande cavité. Donc, dans tous les cas, on devra faire la radiographie : si on voit une bande sombre, le diagnostic sera facile ; si toute la base est sombre, il ne faudra pas pour cela éliminer le diagnostic d'épanchement interlobaire, auquel on aura été amené par d'autres signes, mais alors il faut

dra faire intervenir un facteur décisif : la ponction exploratrice.

3° Les ponctions exploratrices seront faites en série, à différentes hauteurs et seront profondes. Elles nous fourniront les trois facteurs les plus nécessaires au diagnostic : l'existence d'un épanchement, sa localisation, sa nature.

III. — Quant aux indications thérapeutiques, en dehors des médications internes dont le rôle ne peut être qu'adjuvant, elles se résument à trois : Sérothérapie, antiseptie du foyer par injections, et intervention chirurgicale. Seule, cette dernière, comme le montrent nos observations, est de toute nécessité. Seule, elle amène la guérison rapide, si elle a été faite en temps utile. La sérothérapie, la désinfection du foyer par injections antiseptiques, les lavages de la plèvre, ne sont que des moyens secondaires, que nous qualifierons d'adjuvants au même titre que les médications internes, et qui, certes, peuvent avoir une grande utilité, mais qui ne sauraient jamais dispenser de l'intervention chirurgicale.

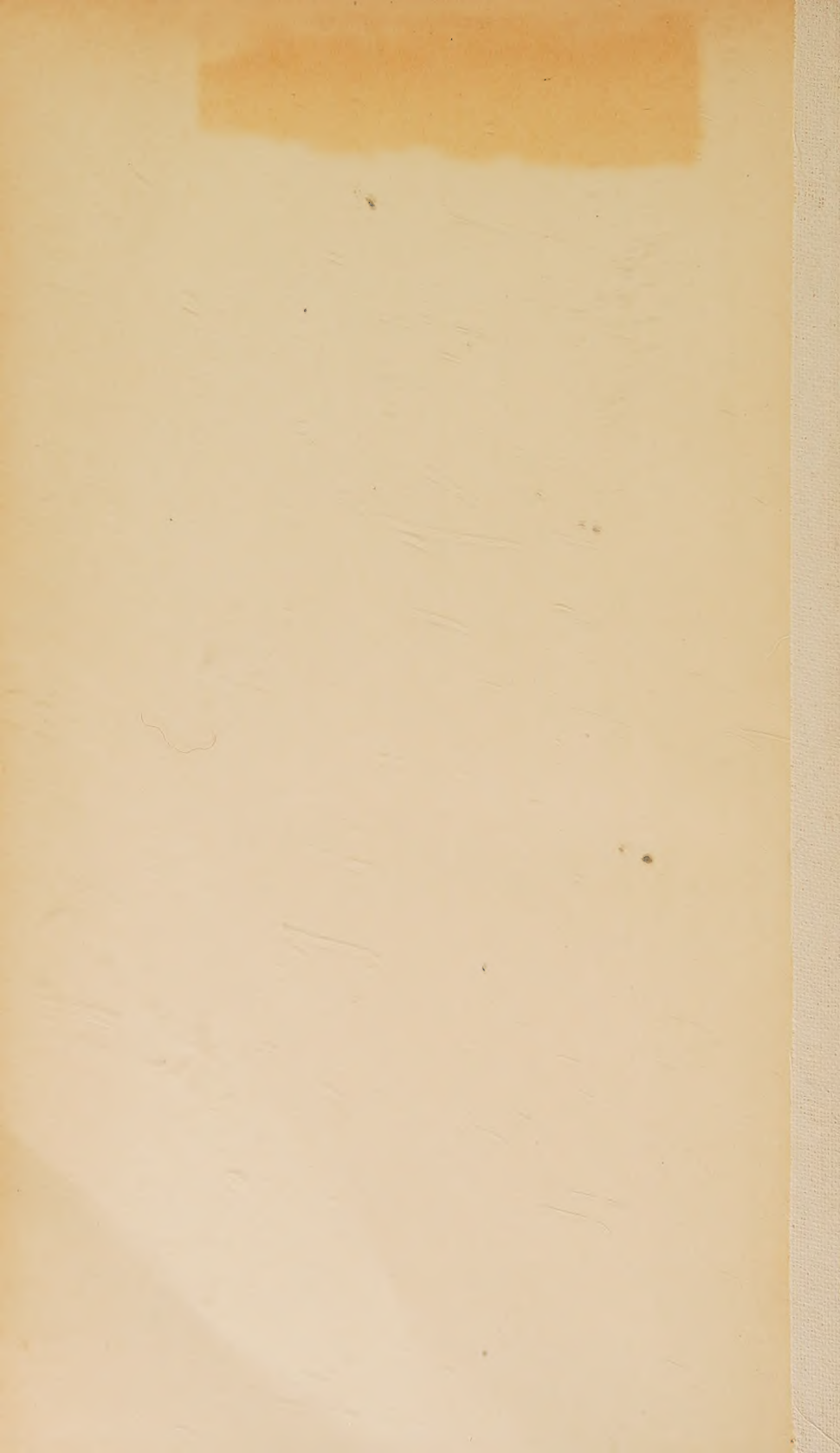
Le Président de Thèse :

A. CHAUFFARD.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris : APPELL.



LANE MEDICAL LIBRARY

This book should be returned on or before
the date last stamped below.